|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo établissement | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |
| Date de naissance: |  |
| **BESOINS DES PARENTS ET DES PROCHES**  **COLLECTE DES DONNÉES –**  **OUTILS FAMILLES**  **SI-SIV** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La personne vivant une problématique en santé mentale est : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mon père | | | | | Mon frère | | | | | | | Mon fils | | | | Mon (ma) conjoint(e) | | | | | |
| Ma mère | | | | | Ma sœur | | | | | | | Ma fille | | | | Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  | |
| Son âge : | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actuellement elle vit : | | | Dans le même foyer que moi | | | | | | | | | | En foyer d’accueil | | | | | En logement | | | |
|  | | | Dans un autre milieu (préciser):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | Depuis quand ? | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| Fréquence de vos contacts avec la personne : | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **HISTOIRE MÉDICALE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La personne vit des difficultés depuis (date approximative) : | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| Connaissez-vous le diagnostic ? | | | | | | | Non | | Oui (lequel) | | | | | |  | | | | |  | |
| La personne prend une médication ? | | | | | | | Non | | Oui (laquelle) | | | | | |  | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Pour quelles raisons prend-elle cette médication ? | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Collabore-t-elle à son traitement? | | | | | | Toujours | | | | La plupart du temps | | | | | | | Quelquefois | | Jamais | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PORTRAIT DE LA SITUATION** | | | | |
| **pour chacun des énoncés suivants, indiquer ce que vous trouvez le plus difficile à vivre et à comprendre** | | | | |
| **ÉNONCÉS** | **DEGRÉ DE DIFFICULTÉ** | | | |
|  | **Pas du tout difficile** | **Un peu** | **Moyennement** | **Très difficile** |
| Agitation ou inactivité de la personne : |  |  |  |  |
| Comportements bizarres : |  |  |  |  |
| Heures anormales de sommeil ou d’activités : |  |  |  |  |
| Insomnie ou hypersomnie : |  |  |  |  |
| Désir d’isolement : |  |  |  |  |
| Violence physique : |  |  |  |  |
| Comportement inadéquat lors des repas : |  |  |  |  |
| Consommation de drogue et/ou d’alcool : |  |  |  |  |
| Difficulté à se mettre en action : |  |  |  |  |
| Peurs ou idées fausses (délires) : |  |  |  |  |
| Hallucinations : |  |  |  |  |
| Collaboration au traitement : |  |  |  |  |
| Propos incohérents : |  |  |  |  |
| Changements d’humeur fréquents : |  |  |  |  |
| Propos suicidaires : |  |  |  |  |
| Difficultés de communication : |  |  |  |  |
| Négligence de son hygiène : |  |  |  |  |
| Demandes excessives : |  |  |  |  |
| Agression verbale : |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | No dossier: |  |
| Nom, prénom: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BESOINS DES PARENTS ET DES PROCHES** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Qu’est-ce que vous aimeriez connaitre ?** | | | | | | | | | | | | | | |
| L’effet de la médication | | | | | | | | Le traitement | | | | | | |
| La maladie | | | | | | | | Les groupes d’entraide | | | | | | |
| Les programmes d’aide | | | | | | | | Les signes précurseurs d’une rechute | | | | | | |
| Les outils d’intervention | | | | | | | | Les démarches juridiques | | | | | | |
|  | |  | | | | |  |  | | |  | | | |
|  | |  | | | | |  |  | | |  | | | |
| **Qu’est-ce que vous ressentez ?** | | | | | | | | | | | | | | |
| Un sentiment d’impuissance | | | | | | | | | Un sentiment de honte | | | | | |
| Un sentiment d’avoir à se dépasser constamment | | | | | | | | | Un sentiment de colère | | | | | |
| Un sentiment de culpabilité | | | | | | | | | De la tension familiale | | | | | |
| Un sentiment de peur | | | | | | | | | De l’insécurité | | | | | |
| De l’isolement | | | | | | | | | De la marginalisation par rapport à l’entourage | | | | | |
| Des préjugés par les autres | | | | | | | | |  | |  | | | |
|  | |  | | | | |  | |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Qu’est-ce que vous aimeriez, vos objectifs et besoins ?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accepter la situation | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exprimer vos demandes et/ou besoins à la personne en difficulté | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vous permettre des temps de loisirs | | | | | | | | | | | | | | | |
| Avoir un support émotionnel | | | | | | | | | | | | | | | |
| Connaître les possibilités d’épanouissement et d’autonomie chez la personne ayant une problématique en santé  mentale | | | | | | | | | | | | | | | |
| Connaître les attentes réalistes que vous pouvez avoir envers la personne | | | | | | | | | | | | | | | |
| Être capable d’exprimer vos limites | | | | | | | | | | | | | | | |
| Communiquer de façon efficace avec la personne | | | | | | | | | | | | | | | |
| Élargir son réseau de soutien | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identifier des attentes réalistes envers la personne | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autres besoins : | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | No dossier: | | | | | |  | |
|  | | | | | | | Nom, prénom: | | | | | |  | |
| **BESOINS À PRIORISER** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Date: | | |  | | Signature de l’intervenant : | | | | |  | | | | | |